

Gestión de Riesgos Jurídico Sanitarios y Judicialización de la Medicina

Víctor Vargas K.

Editor Revista HCUCb.

RESUMEN

Es tema de actualidad la frecuente práctica de iniciar acciones legales contra los médicos, lo que constituye una amenaza real y se observa cada vez con mayor intensidad. La judicialización de la medicina, excesiva y sin control ético, lleva a deteriorar la relación médico-paciente y a fin de cuentas, a encarecer el acto médico. Las atenciones de salud no buscan otra cosa que beneficiar al paciente, y tenemos la obligación de no dañar al enfermo. Nadie pone en duda que existen acciones médicas que conllevan la probabilidad de eventos adversos. En nuestro país, cualquier acción u omisión en una acción de salud, puede generar la obligación de resarcir los perjuicios materiales o morales que una persona acredite haber sufrido, pudiendo hacerse exigible dicha responsabilidad tanto al profesional médico como al establecimiento. Lo anterior ha generado un aumento en las reclamaciones y/o acciones judiciales, así como un mayor costo global del cuidado médico. Un estudio efectuado en Boston en más de 30.000 pacientes, reveló que los eventos adversos se presentaron en un 3,7% de las hospitalizaciones y el 27,6% de ellos era por negligencia médica⁽¹⁾.

SUMMARY

It is a matter of actual discussion the practice to initiate legal actions against the doctors that is becoming frequent in our practice. This constitutes a real threat. The judicialization of medicine, excessive and without ethical control, takes to deteriorate to the doctor-patient relationship and increases the prices of the medical care. The health attentions goal is to benefit the patient, and we have the obligation of not damaging the patient. We all know that some medical actions entail the probability of adverse events. In our country, any action or omission in a health action can generate the obligation for the institution and or the professional to repay the material or moral damages that a person credits to have suffered. This has generated an increase in the claims and/or legal actions, as well as a greater global cost of the medical care. A study conducted in Boston in more than 30,000 patients, revealed that the adverse events appeared in 3,7% of the hospitalizations and the 27,6% of them was by medical malpractice⁽¹⁾.

Recibido 01/03/2006 | Aceptado 10/03/2006

INTRODUCCIÓN

Un tema de gran actualidad y que nos preocupa, es la cada vez más frecuente práctica de iniciar acciones legales contra los médicos, muchas veces injustas, lo que constituye una amenaza real y que se observa cada vez con mayor intensidad. La judicialización de la medicina efectuada en forma

injusta, excesiva y sin control ético, lleva a deteriorar la relación médico-paciente y por lo tanto, a encarecer el acto médico.

Las atenciones de salud no buscan otra cosa que beneficiar al paciente, al igual que la obligación de no dañar al enfermo. Nadie pone en duda de que

existen atenciones que conllevan la probabilidad de eventos indeseables. Por otra parte, en nuestro país cualquier acción u omisión en una acción de salud, puede generar la obligación de resarcir los perjuicios materiales o morales que una persona acredite haber sufrido, pudiendo hacerse exigible dicha responsabilidad tanto al profesional médico como al establecimiento. El riesgo de que el acto médico fracase o que se presenten eventos adversos, forma parte del giro de cualquier empresa de salud, por lo que las instituciones que prestan estos servicios son áreas riesgosas por definición.

Lo anterior ha generado un aumento en las reclamaciones y/o acciones judiciales, así como un mayor costo global del cuidado médico. Un estudio efectuado en Boston en más de 30.000 pacientes, reveló que los eventos adversos se presentaron en un 3,7% de las hospitalizaciones y el 27,6% de ellos fue por negligencia médica⁽¹⁾.

RIESGOS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA

Todas las instituciones que prestan servicios de salud pueden ser catalogadas como áreas riesgosas de eventos adversos. Todos los hospitales potencialmente están en condiciones de llegar a producir, aunque sea involuntariamente, perjuicio a las personas, lo que es derivado muchas veces de eventos adversos, o sea aquellos resultados no esperados y que son imputables a la atención médica y por lo tanto, no derivados de la enfermedad de base. Lo anterior genera cada vez con mayor frecuencia acciones legales en contra de los médicos o de las instituciones de salud. Sin embargo, se observa que los juicios por mala práctica médica, por lo general, compensan con una muy baja frecuencia a los querellantes.

En la vida del profesional médico el error aparece como algo inevitable. El ser humano, y el médico como tal, son falibles a pesar de la preparación a la que hayamos estado sometidos, a lo que se agrega la dificultad de la medicina como ciencia. Se dice que “la vida del médico es demasiado corta para

aprenderla; las equivocaciones siguen al médico, como la sombra a su cuerpo”. Es indudable que algunos errores son pequeños o no significativos y otros son importantes y a veces irreparables. Muchas veces el error depende de quién y en qué circunstancias lo comete y también de quién y cómo ha sido dañado⁽²⁾.

Pocos ambientes profesionales han cambiado más dramáticamente que el de la medicina en los últimos 50 años. El desempeño de los médicos al interior de una sociedad y un sistema de salud está condicionado fuertemente por su entorno. Los cambios del entorno, sumados a los conjuntos de valores y tradiciones, pueden generar una crisis o desajuste que repercutirá en la percepción que los médicos tienen de su profesión, en la satisfacción profesional y en la estabilidad de su desempeño. Muchos de los cambios que podemos identificar son objetivos y visibles, otros menos evidentes y sutiles.

A los cambios propios de la población y su patrón demográfico y epidemiológico, se une el fabuloso desarrollo tecnológico y consecuente encarecimiento de la medicina. Las transformaciones que afectan el desempeño médico nacen claramente en una crisis de la salud y la medicina, cuyos elementos es preciso, al menos, conocer para poder reflexionar e investigar mejor la posición de los actores principales, los médicos. Algunos de los cambios que afectan a la práctica médica están lejos o fuera del alcance directo de los médicos, otros están más cerca o al interior mismo de la práctica médica. En todo caso, las distinciones no pueden ser nunca definitivas, ya que se trata de fenómenos muy relacionados⁽³⁾.

CONCEPTO DE EVENTO ADVERSO

Se usan como sinónimos conceptos como los de “reacción o respuesta indeseada”, “incidente”, “iatrogenia”, “error médico”, “complicación”, etc., muchos de los cuales hacen en la práctica referencia a lo mismo. La variada terminología proviene del hecho de que el énfasis se ha puesto en

diferentes aproximaciones, que van desde la frecuencia o gravedad, la existencia o no de daño, el agente causal, la previsibilidad, u otros. Las combinaciones posibles son variadas, pero se reducen cuando se determina la perspectiva desde la cual se adoptará un modelo de prevención. Por ejemplo, la decisión de centrarse en el daño sufrido por el paciente con un evento adverso, puede eliminar la evaluación y gestión de muchos eventos, en general de frecuente ocurrencia, en que no hay un daño al menos directo para ese paciente en particular, lo que no quiere decir que no se producirá daño a otro paciente. Ello, en todo caso, no implica que no haya habido un costo involucrado en su ocurrencia o su resolución, tanto para la institución, el profesional o el paciente. Desde otro punto de vista, una aproximación basada en el concepto de error, definido como una falla en un plan de acción a ser completado (error de ejecución) o en la definición de un plan errado (error de planificación), es inductiva a confusiones, pues se percibe como un enfoque más bien de tipo punitivo y basado en el acto médico.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los fines de la prevención y gestión de riesgos, son relevantes los eventos adversos imputables a la atención de salud, con prescindencia de la existencia o no de daño, noción esta última que cobra especial relevancia para los fines estrictamente jurídicos. Los llamados eventos adversos, con o sin daño, atribuibles o no a un error, pueden ser indistintamente imputables a factores humanos, organizacionales y/o técnicos.

El concepto de error médico puede ser entendido de diversas formas, tanto fallas derivadas del proceso como de su resultado, independiente del daño que pueda ocasionar. A su vez, el evento adverso, entendido como aquel acto no intencional con resultado de disminución del margen de seguridad para el paciente, resultará generalmente de un error médico, por lo que ambos términos pueden ser en la práctica homologables.

La magnitud de este problema en Chile no es conocida, pero a modo de referencia sabemos de un reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos en donde se estima que entre 44.000 a 98.000 muertes evitables como resultado de errores médicos, ocurren anualmente en sus hospitales. Otras series nos relatan que un 4% de las admisiones presentaron un evento adverso y la mitad de ellas eran previsibles. Específicamente en UCI de adultos se han descrito cifras de existencia de un evento adverso hasta en un 17% de los pacientes o también 1,7 errores por paciente por día. La existencia de eventos adversos puede provocar en nuestros pacientes morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios⁽²⁻⁴⁾.

Siempre es necesario tener un concepto claro del error en medicina y cuál es la magnitud real del problema, resguardando la confidencialidad de la información, estableciendo algún sistema de seguimiento y análisis de datos, buscando las raíces del problema, y estableciendo medidas correctivas fundamentadas en la capacitación, evaluación y difusión de los datos y de los resultados obtenidos, de modo de determinar una mejoría continua en lo que se refiere a la seguridad de las acciones médicas. Además es indispensable establecer un sistema de prevención de ocurrencia de errores en todas las etapas del proceso de atención médica, no crear falsas expectativas en el paciente y al mismo tiempo, sintonizar al médico, al paciente y a la institución en el proceso y respecto a los resultados esperados de la atención médica⁽⁵⁾.

Leape en 1994⁽⁶⁾ destacó la posibilidad de que se produjeran hasta 180.000 muertes iatrogénicas anuales en USA. Otras cifras dan cuenta que cerca de 2.400 millones de recetas anuales serían mal extendidas, sucediendo 2 a 14% de errores por medicación en los ingresos hospitalarios. En el 35 a 40% de las autopsias se han detectado errores de diagnóstico, mientras que en las Unidades de Pacientes Críticos se cometerían errores en 1,7 pa-

cientes/día, lo que equivale a 1% de error en los procedimientos efectuados en esa área. El 68% de los errores serían previsibles, y en gran medida se podrían evitar, estimándose, por otro lado, que el gasto generado por tales condiciones no bajaría de 17 billones de dólares anuales. No obstante, hay que considerar que muchas de estas cifras han sido cuestionadas razonablemente y, en especial, en cuanto a su generalización a escenarios no comparables. En nuestro país, carecemos de información sistemática sobre este tipo de incidentes salvo, quizás a nivel hospitalario, sobre efectos indeseables de drogas e infecciones, aunque sin evaluación concreta de causas ni completa apreciación de sus consecuencias. Pero, sin duda, las cifras de prevalencia no debieran ser despreciables, y menos si se consideran los niveles de atención primaria y ambulatoria, donde se llevan a cabo la mayor parte de los procedimientos y con escasa auditoría⁽⁷⁾.

Como fuentes de error en clínica, podemos distinguir aquéllas que por lo general se cometen: a) en la recolección de datos subjetivos y objetivos; b) en la solicitud de exámenes de laboratorio y de exploración instrumental; c) en la interpretación de los resultados de los exámenes, y, d) en la síntesis diagnóstica⁽⁸⁾.

FACTORES HUMANOS Y EVENTO ADVERSO

Los antiguos textos de medicina legal mencionaban, que eran motivos de responsabilidad médica:

La ignorancia inexcusable: se opone a error científico o del estado del arte.

Negligencia culpable: se combate con el celo escrupuloso, es decir, tomando las precauciones indispensables para evitar el perjuicio innecesario.

Imprudencia temeraria: se evita con el empleo de medios que según conocimientos habituales pueden impedir la ocasión de graves accidentes.

Precipitación culpable: consiste en proceder a recursos extremos sin la debida reflexión, causando daño irreparable.

Ensayos temerarios: no es lícito ensayar con alternativas de consecuencias graves. (Esto último se encuentra en nuestros tiempos perfectamente reglamentado mediante tratados internacionales).

Son errores excusables aquellos de diagnóstico y tratamiento, derivados “de apreciar mal los síntomas de una enfermedad, confundiéndola con otra, sin grave ignorancia”. Se debe distinguir entre la inexactitud de la medicina y la incompetencia⁽⁹⁾.

Hoy se consideran como elementos que lo condicionan:

Imprudencia: actuar sin adoptar las precauciones que debidamente la prudencia aconseja.

Negligencia: cometer omisión o descuido en el actuar del profesional.

Impericia: está dada por la ausencia de práctica, experiencia, conocimientos o habilidad en el procedimiento que se está efectuando.

Entre las causas subyacentes de cada una de las conductas referidas pueden existir problemas de falta de conocimiento, formación, comunicación, estrés, infracción a la *lex artis*, razonamiento lógico, etc.

Entre los factores organizacionales se cuentan la falta de definición de políticas, mala gestión, falta de controles o supervisión.

Entre los factores técnicos se cuentan aquellos relacionados con la falta o deficiencias en el equipamiento, insumos, etc^(8,9).

RESPONSABILIDAD JURÍDICA, CIVIL, PENAL Y ADMINISTRATIVA DEL MÉDICO

El médico que ejerce su profesión responde civil y penalmente por su actividad y además tiene responsabilidad administrativa, en la medida que se encuentra de algún modo subordinado a los órganos de la administración del Estado y a su tuición disciplinaria.

La responsabilidad penal corresponde a la que asume todo profesional médico cualquiera sea el ámbito dentro del cual desempeñe su profesión. La gran diferencia existente entre responsabilidad civil y penal, estriba en que la primera se traduce en la obligación de indemnizar perjuicios por medio del pago en dinero del equivalente al daño causado y, la segunda, en que el agente queda sujeto a un castigo de índole punitivo o sanción penal. Sin perjuicio de lo anterior, tanto la responsabilidad civil, como la penal y administrativa, pueden concurrir sumatoriamente, al ser todas compatibles.

Naturaleza de la responsabilidad médica

No es fácil precisar las obligaciones del médico cuando actúa profesionalmente, ya que se considera que la responsabilidad surge como consecuencia del incumplimiento de una obligación. El médico contrae la obligación de sanar, o de curar al paciente y tiene una obligación de resultado. Si la obligación que asume el médico es de resultado, su culpabilidad consistiría en no llegar al fin prometido. Si es de medios, su culpa sería no haber empleado los medios suficientes con el propósito encomendado, o en no haber sido diligente, prudente o hábil o no haber tomado todas las precauciones que hubieran evitado el daño. Evidentemente que la responsabilidad médica, como en otras profesiones liberales, la obligación que se contrae sólo es de medios, pero jamás de resultado.

Definiciones en responsabilidad penal

Culpa: obra con culpa, quien en términos generales, desatiende el deber de cuidado a que se encuentra obligado en el desempeño de una actividad.

Dolo: obra con dolo el que realiza voluntaria, libre y conscientemente un comportamiento deseado, conociendo que importa una trasgresión al ordenamiento jurídico cultural del medio en el cual se desenvuelve.

Acción u omisión dolosa o culposa: no solamente se puede obrar activa y positivamente con culpa o con dolo, dado que existe la posibilidad de omitir el deber de actuar, lo que puede ser considerado doloso o culposo.

Un ejemplo de omisión dolosa sería imaginar a un profesional de la salud que se abstiene intencionalmente de administrar una droga a un paciente grave y éste se agrava y fallece como consecuencias de esta omisión. De esta manera, se habrá incurrido en una omisión dolosa que importa un verdadero homicidio.

Por otra parte una omisión culposa será la enfermera que, por descuido, olvida la indicación médica de aspirar periódicamente las secreciones del paciente, el que se asfixia como consecuencia de ello.

Elementos de la culpa

a) **Relación causal entre el acto u omisión culposa y el resultado lesivo.**

De acuerdo con el Código Penal se encuentran exentos de responsabilidad penal quienes cometen un cuasidelito, salvo en los casos expresamente penados por la ley, los que tienen como víctima a una persona. La relación causal importa el vínculo de hecho, físico, entre el movimiento corporal activo del médico o su omisión

pasiva y el resultado lesivo para la salud del paciente. Es decir, el médico actuó o dejó de actuar negligentemente.

b) Previsibilidad del resultado que, sin embargo, no fue previsto por su autor.

La previsibilidad del resultado es una condición objetiva de la culpa. El resultado lesivo debe haber sido previsible; pero en el caso concreto, el médico no lo previó. Por ejemplo si un cirujano sin el instrumental y colaboración adecuados, interviene quirúrgicamente a un paciente complicado y éste fallece en la operación

c) La víctima ha de ser una persona.

El verdadero elemento diferencial de los delitos culposos es la previsibilidad de aquello que no se ha previsto. La previsibilidad es límite necesario y suficiente de la culpa; es el límite necesario, porque sin ella se entra en lo imprevisible, esto es, en lo fortuito; y es el suficiente, porque fuera de ello se entra en lo previsto, esto es, en lo voluntario.

En otras palabras, en el caso concreto de que se trate, el médico no previó un resultado normal y regularmente previsible.

Graduación de la culpa

Grave: si el sujeto se abstiene de tomar las más elementales medidas de cuidado en la actividad que se encuentra desarrollando para evitar el daño a personas o cosas.

Leve: si el sujeto adopta las medidas de precaución normales para evitar dichos daños.

Levísima: si el sujeto debe adoptar medidas extraordinarias de cuidado con el propósito aludido. La culpa levísima está excluida del campo penal, pues se razona sobre la base de aquello que es exigible a una persona intelectualmente normal y no excepcionalmente brillante o inteligente.

Negligencia médica sin causar daño

Existe una situación especialísima en virtud de la cual se sanciona al médico que desempeña su profesión con descuido aun cuando no cause daño a su paciente. Señala el Código Penal: el médico, cirujano, farmacéutico, dentista o matrona que incurriere en descuido culpable en el desempeño de su profesión, sin causar daño a las persona, será sancionado con una multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales.

Negligencia médica con resultado lesivo

La negligencia es una modalidad o manifestación de la culpa en el desempeño profesional y puede darse o tener lugar en diferentes situaciones del comportamiento médico.

Actos médicos de riesgo culposo

Principalmente éstos pueden tener lugar en el diagnóstico de la patología y en el tratamiento médico; asimismo, en el acto quirúrgico o en el post operatorio del paciente.

El error culpable en el diagnóstico normalmente influirá en el tratamiento médico, el cual, por lo mismo, importará a su vez un segundo equívoco, que generalmente será el que origine el cuasidelito médico.

Pudiera darse el caso de un diagnóstico erróneo y un tratamiento acertado; de un diagnóstico erróneo no seguido de tratamiento y de un diagnóstico acertado seguido de tratamiento equívoco.

En los dos primeros casos estaremos en presencia de una falta que es sancionada con una pena pecuniaria de multa, desde el momento en que hubo negligencia profesional sin causar daño; y en el último, de una falta, de un cuasidelito o de un cuasicrimen según los eventuales resultados producidos o causados, si los hubo. El verdadero daño al paciente tendrá lugar en el tratamiento indicado como idóneo, que se hizo descansar en el error de diagnóstico.

Lex Artis y error diagnóstico

La *lex artis* se refiere al estado de la ciencia en el momento de que se trata. Es una norma consuetudinaria y al menos en los textos legales no está escrita. En el fondo queda a consideración del Juez el cual podrá consultar a expertos, textos médicos, normas, etc. Es el Juez quien decide sobre la *lex artis* y no los expertos consultados. Este punto es tremendamente conflictivo, pues pudiera suponerse que leer algo en un libro médico le otorga a la cuestión leída el estatus de cierta e inequívoca.

El médico siempre debe atenerse a la *lex artis*, es decir, a los procedimientos generalmente admitidos y aceptados para el caso particular de que se trate. Esta *lex artis* debe responder al estado actual de la ciencia. Es indispensable la preparación permanente del médico como modalidad de exclusión del riesgo del error culposo. Debe seguir los progresos de la ciencia; conocer los nuevos medicamentos y procedimientos quirúrgicos que superen otros anteriores; mantener una práctica profesional adecuada al caso en que le corresponda intervenir. De ese modo irá apartando posibles equívocos culpables en su actuar profesional.

El médico tiene que obedecer a las reglas generalmente admitidas por la ciencia y el arte de la salud especializada a la cual se dedica, obrando con prudencia, recurriendo a la opinión de otros especialistas en aquellos casos dudosos y que puedan debilitar o exceder su juicio médico.

La impericia es una modalidad de culpa que obliga al médico a conocer sus personales limitaciones frente al acto que habrá de realizar. Y sólo reconociéndola y evitando su actuación en tal situación, podrá excluir un comportamiento criminal.

Sólo se estima lícito permitirse alguna audacia en el tratamiento médico o quirúrgico del paciente, ante una enfermedad incurable o de inminente riesgo mortal.

Donación de órganos

a) Pudiera también darse negligencia médica a propósito de equívocos o errores culposos originados en actos médicos contemplados en la Ley N° 19.451, que estableció las normas para el trasplante y donación de órganos. Sólo pueden extraerse órganos de una persona viva, legalmente capaz, previo informe positivo de aptitud física que debe ser certificada a lo menos por dos médicos distintos de los que vayan a efectuar la extracción o el trasplante. La comprobación de esta aptitud física del donante se encuentra expuesta al error médico de quienes la certifican, pudiendo ocurrir un resultado lesivo o dañino para dicho donante del cual deberán responder los médicos en cuestión.

b) También es posible, aunque muy improbable, que aquella persona que no expresó su autorización para efectuar el trasplante de sus órganos en vida, encontrándose en estado de muerte, sean éstos transplantados. La certificación de muerte cerebral deberá ser unánime e inequívoca por un equipo de médicos, uno de cuyos integrantes, al menos, deberá desempeñarse en el campo de la neurología o neurocirugía. Si se da un error en cuanto a esta circunstancia del estado de muerte del sujeto, es obvio que se incurrirá en responsabilidad penal por el consecuente cuasidelito de que se trate.

Cirugía estética

En este tipo de procedimientos quirúrgicos el consentimiento del paciente no tiene eficacia justificante de la culpa del médico. La jurisprudencia se inspira en criterios de rigor especial, pues el operador no obedece un fin de salud ni obra en estado de necesidad, sino que lo hace por fines de vanidad del paciente y su intervención dice relación con órganos sanos y no enfermos como ocurre con la cirugía en general.

Rechazo o interrupción de asistencia médica

El rechazo, consiste en eludir el inicio de la prestación médica y tiene lugar en los siguientes casos:

- a) Cuando se tiene el deber jurídico de actuar, como ocurre con los médicos subordinados a un determinado régimen administrativo.
- b) Cuando se tiene el deber jurídico de actuar, como consecuencia de un contrato de prestación de servicios.
- c) Cuando accidentalmente el médico se encuentra ante un imprevisto, como podría ocurrir si no socorriere o auxiliare a una persona que encontrare en despoblado, herida, maltratada o en peligro de perecer, cuando pudiese hacerlo sin detrimento propio. La interrupción de asistencia médica, consiste en haber iniciado el servicio médico pero en abstenerse de continuarlo. Tiene consecuencias legales indeseadas, cuando existe el deber jurídico de obrar, como en los casos recién citados^(10,11).

JUDICIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

El concepto de judicializar consiste en llevar por la vía judicial un asunto que podría conducirse por otra vía. Entre las causas que explican el aumento que se ha observado en los últimos años de judicialización de la medicina se mencionan:

Expectativas insatisfechas del paciente: por lo general, la comunidad no reconoce las limitaciones de la medicina y desconoce que frecuentemente los procedimientos médicos llevan morbi-mortalidad asociada. Incluso, muchas veces los médicos subestiman estos riesgos y prometen resultados sin asegurarse de que los pacientes accedan a los procedimientos con un claro conocimiento de los riesgos y beneficios.

Limitación de recursos en salud: situación que se observa sobre todo en el sistema público, donde los recursos constituyen un asunto capital para determinar hasta dónde llega la responsabilidad personal y dónde se inicia la responsabilidad institucional. Actualmente, a las personas les cuesta acceder a la atención de salud, porque muchas veces tienen que pagar; ellas quieren y piden lo mejor, porque además, por distintos medios se les ha ofrecido atención de salud, lo que genera muchas expectativas insatisfechas en la población.

Información médica incompletamente o inadecuadamente procesada: es frecuente que los medios de comunicación muestren los avances de la medicina, los que el público internaliza y luego exige tecnología de punta en cualquier localidad del país, sin tomar en cuenta el contexto en que estos avances se están dando, lo que produce una colisión entre la expectativa creada y la oferta real, debido a una falta de educación en salud.

Mala comunicación médico-paciente: se dan ocasiones en que el médico habla poco o sencillamente no habla con el paciente, o no le explica en términos sencillos qué es su enfermedad, sus riesgos y pronóstico. Otras veces no da a conocer qué sucedió con un tratamiento o intervención quirúrgica a pacientes o familiares, o bien les explica en un lenguaje científico incomprensible. En consecuencia, los familiares solicitan explicaciones a otras personas o profesionales cercanos o distantes del equipo médico, lo que genera una cadena de información distorsionada y expectativas distintas a la reales, además de desacreditar el papel del médico como vocero directo del equipo de salud. Los médicos deben ser capaces de oír a los pacientes y a sus familias, y de entablar una relación horizontal con ellos, para comprender lo que motiva su angustia y orientar mejor su quehacer. Además, el médico debe ajustarse a los recursos disponibles, ya que si hay especialistas disponibles, es inexcusable no consultarlos.

Plan AUGE y reforma de la salud

El marco legal actual, y el plan AUGE, que han introducido elementos que pueden complicar este problema ya que ha generado un exceso de expectativas en la población, con respecto a las patologías o los alcances de la Reforma, que probablemente van a generar insatisfacción. Se creó una ley de derechos y deberes de los pacientes que va a generar más litigios, debido a que va a generar mayores expectativas.

Reforma Procesal Penal

Con el advenimiento de juicio oral y los acuerdos reparadores previos a éste, dejan al profesional completamente expuesto, porque el juicio es público, se lleva a cabo frente a parientes y medios de comunicación. En este escenario, el médico está en el banquillo y debe responder oralmente de sus actos médicos. El acuerdo reparador es una figura de la fiscalía que hoy tiene mucha fuerza y significa que, para evitar el juicio oral, se plantea el arreglo extrajudicial civil, que consiste en pagar una suma de dinero para evitar llegar a la instancia final del juicio oral. Por lo tanto, ya sea por la vía del descrédito público o por la vía del pago indemnizatorio, la situación es muy complicada.

Enmienda de la ley de protección al consumidor

De acuerdo con ella, los juzgados de policía local también tienen tuición sobre la relación contractual, pública o privada, entre pacientes e instituciones, lo que abre un nuevo campo de competencia para los jueces de policía local. Ellos, al igual que los jueces de los tribunales del crimen y civiles, podrán conocer demandas de pacientes que se sientan afectados por un acto o cobranza médica. Podrán incluso recurrir a la ley de protección del consumidor, vía SERNAC, para iniciar acciones en contra de un profesional.

Aparición de patologías nuevas

Cotizantes de Isapres y Fonasa exigen que patologías, como la obesidad, sean atendidas y cubiertas. De hecho, muchos cuadros médicos que en la actualidad no tienen prioridad, se vuelven relevantes por algún motivo, el público se agrupa, se organiza, lucha por sus derechos y exige cobertura de salud, generando congestión, mayor demanda, insatisfacción y búsqueda de culpables.

El problema económico es importante, ya que las demandas penales terminan siempre en el campo civil, porque, más allá de las consecuencias y del dolor frente a la muerte, las secuelas o las complicaciones, al final todo termina en la solicitud de dinero. El monto de la cuenta es un tema que complica mucho a los pacientes y a sus familiares, quienes buscan un resarcimiento económico, siendo este fenómeno mundial.

Insatisfacción por la atención médica

La insuficiencia en la atención de urgencia (espera o rechazo), la alta demanda asistencial y la mala relación médico-paciente o médico-familiar. Para ello se recomienda reunir a los familiares cercanos, en especial a los que poseen un liderazgo, para entregarles una sola versión médica, porque hablar con cada persona por separado se presta para que se generen versiones distintas.

Aumento en demandas por presunta negligencia

El importante aumento de demandas por mala praxis en la prestación de servicios médicos y hospitalarios debe conducir al conjunto del sistema de salud a la toma de resguardos, sobre todo, considerando las altas expectativas de la población en el AUGE.

La proliferación de demandas por presuntas negligencias médicas que, cada cierto tiempo, son

recogidas por los medios de comunicación, se ha convertido en un verdadero fenómeno para la salud pública y privada.

De acuerdo con la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, Falmed, en el 2004 se presentaron un promedio mensual de 87 demandas por mala praxis, el año 98 eran 16 y el 2000 alcanzaban 45. Las demandas se concentran en un 52% en el sistema privado, 39% en el público y 9% afectan al sistema de las FF.AA. El Ministerio de Salud cifra en más de 250 los juicios en curso contra los Servicios de Salud que comprometen recursos por \$38 mil millones, siendo las regiones que más número de demandas concentran la Metropolitana con el 27% de los casos y la Octava con 11%. La acción médica transita hacia la judicialización, un problema que sigue en expansión, peligrosamente para los sistemas de salud, considerando las expectativas de la población de cara a la ley AUGE que, por primera vez en la historia, establece garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a los pacientes. Todos compromisos exigibles al ente asegurador, sea Fonasa o Isapre, y a quien actúe como prestador del servicio.

Las causas del desmedido aumento de demandas son de tipo cultural, económico y legal, destacando fuertemente la toma de conciencia de las personas acerca de sus derechos, por efecto del mayor nivel de información y educación al que tienen acceso.

Prevención de riesgos médico-legales

La ficha clínica es importante en la prevención de riesgo médico legal, ya que muchas veces son deficientes, porque contienen sólo un par de líneas, o por el contrario, extensas descripciones carentes de plan, conclusión o tratamiento. Se debe evitar esto, porque la ficha es el primer documento objetivo que pide el tribunal para investigar lo que ocurrió con el demandante. La

ficha clínica es la bitácora de la evolución del paciente; en ella se registran las certezas e incertidumbres que dan coherencia a los sucesos médicos. Si carece de coherencia y tiene lagunas, su contenido puede volverse en contra del médico, cuya obligación es registrar de inmediato toda circunstancia pertinente para sus actos. Esto debe transformarse en un hábito, porque lo que no está escrito no tiene validez en el juicio. Es importante recordar que el acto médico es personal, lo que significa que hay actos que no son delegables, es decir, el médico debe asumirlos como parte de su responsabilidad y efectuarlos personalmente, no por teléfono, excepto en la medicina prehospitalaria, para entregar cierta orientación. En el campo de la atención hospitalaria no se pueden realizar actos a distancia, sin verificar las condiciones que motivan una decisión o sin vigilar el cumplimiento de las correspondientes indicaciones. El acto médico sólo es postergable en el tiempo por una situación concomitante de igual o mayor urgencia⁽¹²⁾.

El consentimiento informado

El consentimiento del paciente permite al médico suministrar una determinada atención. El consentimiento explícito se da por escrito o en forma oral para una terapia, intervención o procedimiento en particular. En emergencias médicas, se considera que el consentimiento para el tratamiento es necesario a fin de mantener la vida o restaurar la salud. Generalmente es implícito a menos que se sepa que el paciente rechazaría la intervención.

Por lo general se tiende a que los protocolos de consentimiento sean demasiado vagos, generales o expresados en lenguaje demasiado técnico, que no informan claramente sobre los beneficios y riesgos del procedimiento, y se prestan para que el paciente declare en el tribunal que no tenía conocimiento exacto de lo que le estaban comunicando en ese documento, porque lo que allí decía no era fácilmente comprensible y se sintió presionado para fir-

marlo. Tampoco se pueden exigir consentimientos leoninos, como renunciar a iniciar cualquier tipo de acción legal en contra de cualquier profesional o de la institución, es decir, se le hace renunciar a su derecho de emprender una acción legal frente a una mala práctica médica, lo que es abusivo^(12,13).

La ley de urgencias

La ley N° 18.469 que regula el ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, orienta e informa acerca de los procedimientos fundamentales en lo previsional, lo judicial y lo administrativo, pero hay situaciones controvertidas. Por ejemplo, en el caso de la ley de urgencias sobre la internación de pacientes en establecimientos privados, es importante determinar cuándo se califica de urgencia a una persona de FONASA que llega a un establecimiento privado, al igual de cómo se sabe que no fue una decisión libre la de consultar en un establecimiento privado. Lo anterior, porque luego debe calificarse como emergencia o urgencia médica para que se acoja a la ley FONASA, en términos de cobertura. Este problema se ve con frecuencia cuando el paciente es trasladado por ambulancias de rescate, ya que para decidir el destino se debe determinar si es o no una urgencia.

La aplicación del tratamiento debe ser consecuente con el estado del paciente, en el marco de la infraestructura adecuada; si no se dispone de ella, el paciente debe ser estabilizado y derivado, dejándose claramente establecida la necesidad del traslado o las causas de la demora.

El concepto de acción oportuna es fundamental, porque, si bien la confección y manejo correctos de la ficha clínica y el consentimiento informado del paciente son muy importantes, en caso de emergencia médica el médico debe actuar para rescatar y salvar la vida, porque la defensa de la vida está por sobre cualquier otra consideración.

La asesoría jurídica y legal es muy importante, además de todos los elementos preventivos descritos. En este nuevo escenario de la medicina, los médicos deben ser asesorados por un abogado, porque ellos no saben desenvolverse en el ámbito jurídico, y este abogado debe ser experto en el campo médico-legal. Por otra parte, los médicos que se desempeñan en las especialidades de mayor siniestralidad, como la urgencia, la ginecobastricia, la anestesiología y las prestaciones quirúrgicas, deben contratar un seguro adicional de responsabilidad que les permita cubrirse frente al mayor grado de exposición médico-legal⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Gestión de riesgos

Es la manera como debe responder una institución de salud por algo que le es propio. Un Hospital debe asumir que los eventos adversos siempre van a ocurrir, hacerse cargo de ellos, tener la certeza de que un gran porcentaje son evitables y debe trabajar en la prevención de eventos adversos “evitables”. Por lo tanto la Gestión de riesgos es el conjunto de acciones que, aunque no garanticen la ausencia de eventos adversos, tratan de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles. Los errores y/o eventos adversos tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y prevenirlos en el futuro.

Objetivos generales de la gestión de riesgos

Identificar los riesgos propios de cada Institución.

Manejar adecuadamente cada caso individual, desde una perspectiva médico legal.

Analizar la información recabada en los dos puntos anteriores.

Difundir estos hallazgos.

Aprender de ellos y lograr mejoras en las áreas que se requiera mejorar.

Hacer Gestión de Riesgos con el objeto de que en los eventos prevenibles se efectúe su prevención o control y en los eventos no prevenibles su aceptación, lo que a su vez implica su transferencia, lo que es sinónimo de consentimiento informado.⁽¹⁵⁾

Auditoría Médica (AM) y gestión de riesgos

La AM es una asesoría básica y fundamental con la cual debe contar un hospital con la finalidad de racionalizar sus actividades tanto técnicas como administrativas. Es un instrumento de perfeccionamiento y educación continua, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en la búsqueda de la excelencia. Es fundamentalmente una evaluación sistemática, realizada por un profesional médico, que compara la calidad de la atención brindada y observada con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Lo anterior se complementa con la gestión de riesgos, reclamos y conflictos además de efectuar auditorías programadas en forma prospectiva, de acuerdo a las necesidades institucionales.

La AM es una instancia preventiva, educadora más que punitiva o sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas, para introducir en forma gradual correcciones y mejoramiento de cada proceso de atención, para satisfacer requerimientos de pacientes y familiares y poder cubrir las crecientes expectativas de los clientes⁽¹⁶⁾.

Campos de acción de la AM y aspectos que cubre

Educativos: estimula la educación y perfeccionamiento continuo, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.

Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica el control de calidad.

Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimientos, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a éstas.

Financieros y de Mercado: conociendo toda la información que proporciona la AM se puede analizar la calidad, relación costo-beneficio y eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de calidad.

Investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas y de adecuación a la Lex Artis médica, lo que facilita establecer y delimitar la responsabilidad médica.

Médico-Legales: Cautelar que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes.

Éticos: Fija normas y protocolos, cautela el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.

La AM es de gran importancia para trabajar en la elaboración de programas, estimular la elaboración o readecuación de protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento.

De mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que se desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un hospital o clínica⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Comités de gestión de riesgos

La estrategia para aumentar la seguridad de los pacientes implica adoptar programas de gestión de riesgos, considerando la creación de comités o unidades especializadas en los hospitales, las

que deberán estar compuestas por variados profesionales a los cuales se les asignarán diferentes funciones. Deberán ellos adoptar los programas de gestión de riesgos, proponer la metodología de trabajo e implementar un programa cuyo objetivo sea la seguridad de los pacientes a través de la prevención de la ocurrencia de eventos adversos.

La gestión de riesgos aunque no garantiza la ausencia de eventos adversos, trata de agotar sus posibilidades de ocurrencia, dentro de costos sostenibles. Con ello se procura prevenir aquellos riesgos que son factibles de prevenir, y para aquellos que no lo son, tomar las medidas necesarias las que pueden ser de transferencia, mediante la adopción de consentimientos informados, de aseguramiento, a través de pólizas de seguro de responsabilidad civil y por último la mejora del manejo jurídico del caso individual.

Los objetivos del programa de gestión de riesgos son mejorar la calidad de la atención de los pacientes, haciéndola cada vez más segura. Además pretenden disminuir los costos de las atenciones a través de la reducción de los eventos adversos. Por último y como consecuencia de lo anterior, debieran prevenir las eventuales reclamaciones y acciones legales contra los profesionales del establecimiento.

Identificación y prevención de eventos adversos

La mejor forma de manejar los eventos adversos es evitar que éstos se produzcan. Por lo que los eventos adversos tienen que traducirse en información útil para anticiparlos y prevenirlos en el futuro. De ahí entonces que la primera y más importante etapa del programa de gestión de riesgos es conocer los eventos adversos que ocurren dentro de la institución, en base a la información en particular de ésta. Los eventos adversos son el reflejo del perfil de morbilidad de los pacientes que allí se atienden, del grado de complejidad de la institución, y de las características de los profesionales

que allí se desempeñan; por lo que para efectos de un programa institucional no es aconsejable usar frecuencias de riesgos publicadas.

Existen múltiples fuentes de información, que nos permiten conocer los eventos adversos que se producen en una institución de salud. Dentro de ellas, la de mayor importancia desde el punto de vista institucional y de la cultura de la seguridad, es el reporte de eventos adversos, el que debe ser voluntario, confidencial y no punitivo. Se requiere para ello de un clima de confianza absoluta entre los profesionales médicos y paramédicos y la dirección de la institución con relación al uso que se le dará a esta información. Este reporte tiene dos objetivos: el primero y que puede cobrar especial importancia, es el manejo individual del caso, desde el punto de vista médico legal. Y segundo, permitirnos identificar los problemas estructurales que condicionan que éstos ocurran. Otra fuente importante de información son las reclamaciones judiciales y extrajudiciales, pero para que dicha información sea útil, deben existir canales expeditos de reclamaciones que permitan a los pacientes expresar su disconformidad ya sea con los procesos o con los resultados de las atenciones recibidas. Una tercera vía de información es a través de la búsqueda sistemática de eventos adversos con programas de auditorías continuas de situaciones definidas como “no esperables”, las que pueden ser entre otras: rehospitalizaciones no programadas, reintervenciones quirúrgicas no programadas, reconsultas no programadas en servicio de urgencia, prolongación de días de estada, etc. Para lo anterior, se requiere de sistemas informáticos que permitan reconocer en un breve plazo a los pacientes que cumplen con algunos de estos requisitos.

Para otro grupo de expertos, la mejor forma de mejorar la calidad, más que el análisis de los eventos ocurridos, es centrarse en el análisis de los procesos dentro de la institución. Lo anterior se debe realizar a través de la búsqueda sistemática de nodos en los procesos, que pueden determinar

un aumento de los riesgos de un evento adverso, antes de que este riesgo se exprese. Con ellos se pretende identificar las formas en que un proceso puede fallar, el porqué falla, y cómo se pueden hacer más seguros. En los hospitales existen muchos procesos susceptibles de fallar, y la primera pregunta que cabe hacerse, es qué procesos estudiar y por dónde empezar⁽¹⁸⁾.

Difusión y formación en gestión de riesgo

Un elemento fundamental en un programa de gestión de riesgos en las instituciones de salud, es la difusión de la información obtenida a través del análisis de los procesos antes mencionados. Esta información, para que sea verdaderamente útil en la prevención de la ocurrencia de eventos adversos, debe llegar a conocimiento de los propios profesionales médicos y paramédicos, y de aquellas instancias de toma de decisiones relacionadas con la atención de salud. Todo ello para su discusión y adopción de medidas preventivas, ya sea de cambios de conducta, organizacionales y/o técnicas.

Existen diversas formas de difusión de esta información. Entre ellas, aquellas que han demostrado ser de mayor utilidad, si bien es cierto es la de menor cobertura, son las reuniones de revisión de casos en las que participan los médicos de la especialidad comprometida y en especial todos los involucrados en el proceso de atención que terminó en el evento adverso ocurrido. Otra forma es la presentación en reuniones clínicas, generales o por especialidad, de la realidad de la institución en materia de eventos adversos en base a la información sistematizada^(18,19).

Conclusiones

La preocupación por la calidad en la atención de salud, entendida como la seguridad de los pacientes, se ha ido convirtiendo poco a poco en un punto más que relevante en las agendas de los políticos, de las autoridades de salud y de los propios

profesionales que intervienen en este proceso y en su administración. De allí la necesidad de hacer frente a dicha preocupación adoptando una visión moderna de abordar estas materias, en la forma que se ha propuesto en estas líneas, mediante un modelo aplicable igualmente a establecimientos públicos y privados de salud.

El actuar sin ningún control, ejercido por unos pocos, pacientes o familiares de pacientes, y en ocasiones por sus representantes, puede traer como consecuencia una generalizada y paulatina pérdida de confianza en la relación médico paciente, pilar básico en el ejercicio profesional del cirujano. Desde el punto de vista económico, se genera un encarecimiento ilimitado de la medicina, al verse obligado el profesional de la salud, a pedir un sinnúmero de exámenes inútiles para “cuidarse las espaldas” o traspasar a los honorarios, el valor de los seguros. No parece lógico, que acciones profesionales injustificadas, relacionadas con las leyes, no sólo generen un mercado artificial en beneficio de intereses ajenos, sino que hagan que médicos inocentes y sus familias, deban soportar y sufrir años de incertidumbre y tensión, además de verse privados de recursos económicos obtenidos legítimamente. En muchos de estos casos, además del daño moral que se produce como consecuencia de una difusión desmedida, nunca la honra es reparada.

En algunas partes del mundo, la judicialización exagerada, intencionada y mercantilista, trajo como consecuencia, que el número de los especialistas en disciplinas quirúrgicas, disminuyera en forma tan importante y peligrosa, que terminó por dejar desprotegida a la población. El ejercicio inmoderado de acciones no fundadas seriamente, debería ser controlado por la ley.

Deberá considerarse el hecho, ya señalado, en que de 1000 juicios terminados por FALMED, en el 100% de los casos, se ha logrado el rechazo de la demanda o el sobreseimiento del médico. Es hora de prestar atención en este tema y tomar las medidas para que

quienes abusan de los procedimientos judiciales, sean también sometidos al rigor de la ley.

Las ideas presentadas pretenden destacar la conveniencia de adoptar una visión metodológica que permita conocer la realidad institucional de cada hospital en particular en relación a la ocurrencia de eventos adversos y que esta información se traduzca en información útil para la prevención de su ocurrencia.

En todo caso la seguridad en los procesos asistenciales para el paciente -y la minimización de la ocurrencia de eventos adversos y sus efectos- debe necesariamente formar parte de todo programa de calidad institucional, actuando como principio orientador fundamental de la atención al paciente, debiendo reconocerse que se trata de una labor compleja que debe involucrar a todas las unidades, o áreas que participan en el proceso.

No se debe perder de vista que una premisa fundamental en la implementación de un programa

destinado a la prevención y gestión de riesgos en la atención de salud, es reconocer que la ocurrencia de eventos adversos es una realidad, para lo cual se debe implementar en todo establecimiento de salud un Comité de Gestión de Riesgos, cuyos objetivos específicos serán los siguientes:

Incrementar la seguridad de los pacientes en la atención de salud.

Aumentar la calidad de la atención en salud, incorporando dentro de los parámetros de ellos el manejo del riesgo legal y su adecuado seguimiento.

Reducir o contener los costos de los eventos adversos, tanto económicos como los costos de imagen que se generan para el Hospital en su calidad de prestador de salud y por último mediar y disminuir las reclamaciones y acciones judiciales contribuyendo a desjudicializar la relación médico-paciente y establecimiento-paciente.

REFERENCIAS

1. Brennan TA. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine*. 1991; 324: 370-6.
2. Carvallo A. Consideraciones éticas sobre el error en medicina. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1463-5.
3. Jiménez de la Jara J. Cambios en el entorno del trabajo médico. *Rev Méd Chile* 2004;132:637-42.
4. Donchin Y, Gopher D, Olin M, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1955; 23: 294-300.
5. Chomalí M. Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2003; 4: 4.
6. Leape LL. Error in Medicine. *JAMA*.1994; 272: 1851-7.
7. Rosselot E. Errores en Medicina *Rev. Méd. Chile*, 2001; 129: 1455-8.

8. Goic A. Fuentes de error en clínica. Rev Méd Chile. 2001; 129: 1459-62.
9. Szanthó G. Definiciones respecto al error en medicina. Rev Méd. Chile. 2001; 129: 1466-9.
10. Ruiz Pulido G. Responsabilidad Penal del Médico, Consejo de Defensa del Estado, Revista de Derecho, N° 8 (2003). <http://www.cde.cl/getFilePublic.php?id=25334&code=sarixYEUIF8yQ>
11. Nancuante U. La práctica médica y la judicialización de la medicina: una visión desde el ámbito jurídico. http://www.saludyfuturo.cl/pags/cof/sem_1.html (26/10/06).
12. Castro JL. Aspectos Médico-Legales de la Atención de Emergencia. Medwave. Año 5, No. 1, Edición Enero 2005. <http://www.medwave.cl/congresos/MedIntensiva2003/6/2.act>
13. Vargas V. Comités de ética. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2003; 14: 162-71.
14. Sánchez H. Demandas por negligencias médicas: un problema siempre presente. http://www.saludyfuturo.cl/pags/online/cont_pag32.html (26/10/2006).
15. Chomalí M. Gestión de Riesgos como prevención de la judicialización de la medicina. http://www.saludyfuturo.cl/pags/online/cont_pag16.html
16. Vargas V. Importancia de la historia clínica en la auditoría médica. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2004; 15: 29-39.
17. Rencoret G. Auditoría Médica: Demandas y Responsabilidad por Negligencias Médicas. Gestión de Calidad: Riesgos y Conflictos. Rev. Chil. Radiol. 2003; 9: 157-60.
18. Rencoret G. Auditoría Médica en la Prevención y manejo del Conflicto Médico. En: Seminario "Errores en Medicina: ¿es segura la atención sanitaria en Chile?" <http://www.uchile.cl/instituto/medicina/publicaciones/errores.pdf> (26/10/2006).
19. Chomalí M. Capitalicemos el error aprendiendo de él. en: Errores en Medicina: ¿es segura la atención sanitaria en Chile? <http://www.uchile.cl/instituto/medicina/publicaciones/errores.pdf> (26/10/2006).

CONTACTO

Víctor Vargas Klapp
Hospital DIPRECA
Vital Apoquindo 1200, Las Condes, Santiago
Fono: 242 2305
Email: victorvargasklapp@hotmail.com

